



**Preventieve gezondheidszorg**  
in de  
**CLB's van het Gemeenschapsonderwijs**

## Inhoudstafel

<b>1</b>	<b><i>Inleiding</i></b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b><i>Gezondheid - een multidisciplinaire aanpak!</i></b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b><i>Het domein ‘preventieve jeugdgezondheidszorg’ binnen de CLB-opdracht</i></b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b><i>Standpunten met betrekking tot kwaliteitsvolle preventieve jeugdgezondheidszorg</i></b>	<b>12</b>
<b>4.1</b>	<b>Beleid</b>	<b>12</b>
4.1.1	Een wetenschappelijk onderbouwd beleid	12
4.1.2	Een uitvoerbaar beleid	13
4.1.3	Een consequent beleid	14
4.1.4	Een duidelijk afgebakend beleid	14
<b>4.2</b>	<b>Omgeving</b>	<b>14</b>
<b>4.3</b>	<b>Persoon</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b><i>Zorgpunten</i></b>	<b>17</b>
<b>5.1</b>	<b>Beleid</b>	<b>17</b>
5.1.1	Een wetenschappelijk onderbouwd beleid	17
5.1.2	Een uitvoerbaar beleid	18
5.1.3	Een consequent beleid	20
<b>5.2</b>	<b>Omgeving</b>	<b>21</b>
<b>5.3</b>	<b>Persoon</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b><i>Synthese</i></b>	<b>23</b>
<b>I.</b>	<b><i>Verklarende woordenlijst, zoals geïnterpreteerd in de tekst</i></b>	<b>27</b>
<b>II.</b>	<b><i>Bronnen</i></b>	<b>29</b>

# Preventieve gezondheidszorg

## in de

### CLB's van het Gemeenschapsonderwijs

---

#### 1 Inleiding

Gezondheid is een natuurrecht. Nochtans is het niet zo natuurlijk om gezond te zijn en te blijven. De Vlaamse overheid levert inspanningen om aan dit natuurrecht tegemoet te komen. Gezondheid, welzijn en samenleving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zorg voor gezondheid veronderstelt ook aandacht voor veiligheid, preventie, hygiëne en milieu vanuit de maatschappelijke context. Naast private initiatieven is er Kind en Gezin die de gezondheid van pasgeborenen tot peuters van 3 jaar opvolgt. De CLB's hebben de opdracht bij te dragen tot het welbevinden van jongeren tussen 3 en 18 jaar, nu en in de toekomst. Wanneer deze jongeren terechtkomen in het arbeidscircuit is er de arbeidsgeneeskundige dienst die de gezondheid van werknemers opvolgt.

Naast deze diensten zijn er tal van gezondheidsorganisaties die zich met specifieke problemen bezighouden zoals de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en tuberculosebestrijding, de Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen, Sensoa, ...

In Vlaanderen zijn momenteel **twee tendensen** waar te nemen.

*Een eerste* is dat er werk gemaakt wordt van coördinatie tussen de verschillende diensten. Zo werd tien jaar geleden het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie opgericht in de schoot van de administratie van het departement Gezondheidszorg om onder andere overleg tussen de verschillende preventiediensten te bewerkstelligen. Om lokaal het overleg tussen de verschillende diensten die actief zijn op het vlak van gezondheid en gezondheidsbevordering te optimaliseren, werden de Logo's<sup>1</sup> in het Vlaamse landschap opgericht.

*Een tweede* tendens is dat er een verschuiving waar te nemen is van ziektepreventie naar gezondheidsbevordering. Ziektepreventie is gericht op het voorkomen van (de gevolgen van) aandoeningen, ziekten en ongevallen. In deze context spreekt men van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Het doel van gezondheidsbevordering is mensen of groepen in staat te

---

<sup>1</sup> LOGO = LOkaal GezondheidsOverleg

stellen om controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid en zo hun gezondheid te behouden en/of te verbeteren. Zo tracht men mensen in staat te stellen om hun eigen gezondheidspotentieel waar te maken, door aandacht voor gezondheid te bepleiten, door te bemiddelen tussen al degenen die een rol spelen in gezondheid en door er voor te zorgen dat gezonde keuzes voor de hand liggen. Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding is een actieterrein dat deel uitmaakt van gezondheidsbevordering en heeft als doel het individu in staat te stellen te kunnen kiezen voor een gezond gedrag. Strategieën om hieraan te werken zijn het overbrengen van kennis, het sensibiliseren van attitudes en het aanleren van vaardigheden.

Beide tendensen, coördinatie en verschuiving naar gezondheidsbevordering, zijn weer te vinden in de werking van de CLB's.

Het CLB-decreet vermeldt duidelijk dat men dient te beschikken over een **aanwijsbaar netwerk** zodat samenwerking met andere diensten voor individuele begeleiding, preventieve acties en groepsmatige benadering op een gecoördineerde wijze kan verlopen.

Scholen hebben als opdracht te werken aan ontwikkelingsdoelen en eindtermen die decretaal bepaald zijn. Gezondheidseducatie is hier een onderdeel van en het CLB kan aangesproken worden om dit proces te ondersteunen.

De Mission Statement<sup>2</sup> vermeldt dat het CLB in alle scholen waarvoor het werkt de leerlingen, de ouders, de leerkrachten en de schoolbesturen ondersteunt bij initiatieven, vragen of problemen met de bedoeling het **welbevinden van de leerling te vergroten**. Hun inbreng situeert zich op **de vier domeinen**: leren en studeren, onderwijsloopbaan, preventieve gezondheidszorg en het psychisch en sociaal functioneren. Het CLB besteedt **prioritair aandacht** aan leerlingen die bedreigd worden in hun ontwikkeling- en leerproces of die opgroeien in een risicovolle omgeving.

**Het CLB deelt deze zorg voor de leerling** met de ouders, het schoolteam en schoolbestuur. Het centrum biedt een multidisciplinaire aanpak met een team van artsen, maatschappelijk werkers, pedagogen, psychologen, psychologisch assistenten, verpleegkundigen en administratieve en/of interculturele medewerkers.

Ze werken samen met of verwijzen door naar diensten uit de jeugdzorg en dragen bij tot het uitbouwen van een voor jongeren doorzichtiger en beter toegankelijk hulpaanbod.

Een aantal besluiten van de Vlaamse regering concretiseren het CLB-decreet.

Volgende werkingsprincipes geven weer hoe de CLB's van het Gemeenschapsonderwijs deze wettelijke bepalingen wensen te hanteren:

- Het belang van de *leerling* staat *centraal*.
- Het CLB werkt *emancipatorisch*. De jongere is zelf verantwoordelijk voor beslissingen die hij neemt onder andere ten aanzien van zijn gezondheid. Jongeren moeten in staat gesteld worden om doelbewust keuzes te maken. Daarom moeten voorwaarden gecreëerd worden opdat ze hier zouden toe komen. Ze moeten bewust gemaakt worden dat ze zelf kunnen bijdragen tot het behouden en bevorderen van hun gezondheid. Dit houdt in dat de leerling inziet waarom het Centrum voor Leerlingenbegeleiding bepaalde interventies stelt. Eigeneffectiviteit en *actieve betrokkenheid* van leerlingen zijn basisvoorwaarden bij het emancipatorisch handelen.
- De Centra voor Leerlingenbegeleiding werken *subsidiar*. Hiermee beklemtonen we dat de ouders in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor de opvoeding en gezondheid van hun kinderen. Het CLB ondersteunt de school bij initiatieven die de gezondheid van leerlingen trachten te bevorderen.
- Daar gezondheid vanuit *holistisch* perspectief benaderd wordt, is het evident dat er *multidisciplinair* gewerkt wordt omwille van de wisselwerking tussen fysiek, mentaal en sociaal functioneren. Men plaatst de somatische bevindingen in een bredere context.
- Het CLB-decreet voorziet dat er bijzondere aandacht besteed wordt aan bepaalde *doelgroepen* en aan leerlingen die door hun sociale achtergrond bedreigd worden in hun ontwikkelings- en leerproces.
- De Centra voor Leerlingenbegeleiding opteren ervoor tijd en ruimte te voorzien om rekening te houden met de *plaatselijke noden en behoeften*. Volgens het decreet wordt er naast het verplicht en verzekerd aanbod, vraaggestuurd gewerkt. Hierbij dient opgemerkt dat vragen kunnen geïnduceerd worden zodat latente behoeften geuit worden. Men is zelfs verplicht om in bepaalde situaties probleemgestuurd te werken. De Centra voor Leerlingenbegeleiding nemen hun verantwoordelijkheid wanneer ze denken dat de gezondheid van leerlingen in het gedrang komt, zelfs wanneer er geen vraag naar interventie komt.
- *Overleg op gelijkwaardige* basis is essentieel in de Centra voor Leerlingenbegeleiding van het Gemeenschapsonderwijs. Verschillende partijen kunnen hierbij betrokken worden: de

---

<sup>2</sup> De Mission Statement wordt gedragen door de 75 CLB's.

teamleden, de CLB-personeelsleden, het schoolpersoneel, medewerkers van de scholengroep, leden van andere organisaties, de leerlingenraad, de oudervereniging,...

- Het centrum werkt in een *aanwijsbaar netwerk*.
- Uiteraard wordt er rekening gehouden met het *beroepsgeheim* en de *wet op de privacy*.
- De gebruikte *methodologie* is *wetenschappelijk* onderbouwd.
- Tot slot dient opgemerkt te worden dat er gewerkt wordt overeenkomstig de 7 pijlers van het *Pedagogisch Project van het Gemeenschapsonderwijs* en rekening houdend met het *Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind*.

Met deze discussietekst geven we een aantal theoretische beschouwingen over gezondheid. Nadien wordt aan de hand van voorbeelden duidelijk gemaakt op welke wijze er interactie is tussen de vier CLB-domeinen; beïnvloedt men één deel van het geheel dan treedt er verandering in het geheel op. Vervolgens worden van de CLB's van het Gemeenschapsonderwijs de standpunten en de zorgpunten, met betrekking tot kwaliteitsvolle preventieve jeugdgezondheidszorg, geëxpliciteerd. Als slot worden een aantal besluiten geformuleerd.

## 2 Gezondheid - een multidisciplinaire aanpak!

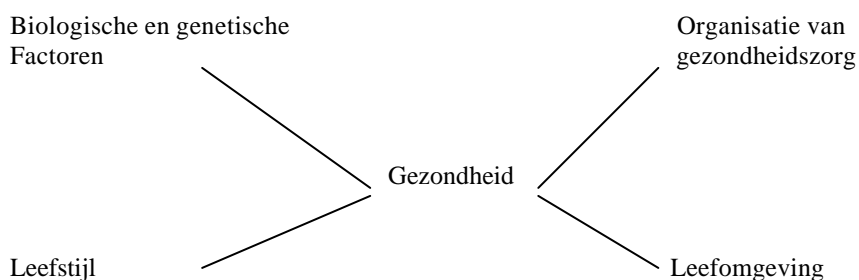
Het welbevinden van de leerling staat centraal omdat het als basis van alle leren en ontwikkeling wordt gezien. Welbevinden is een subjectief gegeven dat in relatie staat tot gezondheid.

Wij volgen de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie die gezondheid omschrijft als het fysisch, psychisch en sociaal welzijn van een individu, van een groep of een gemeenschap. **Gezondheid wordt dus niet enkel gezien als afwezigheid van ziekte, maar veeleer als een positieve bron van kwaliteitsvol leven.** Zo levert gezondheid een belangrijke bijdrage tot het bereiken van iemands levensdoelen. Wanneer er zich gezondheidsproblemen voordoen, dient de impact ervan op een schoolloopbaan beperkt te worden. Dit willen we realiseren in overleg met de leerling, ouders, school, CLB en eventueel externe diensten.

Gezondheid, gezien vanuit **holistisch perspectief**, houdt in dat het individu in zijn totaliteit en in relatie tot de leefomgeving benaderd wordt.

De Centra voor Leerlingenbegeleiding van het Gemeenschapsonderwijs wensen het werkdomein preventieve gezondheidszorg te benaderen vanuit holistisch perspectief. Dit komt overeen met de visie op gezondheid zoals de CLB's van het GO ze willen hanteren én het laat op de best mogelijke manier een evenwichtige en op elkaar afgestemde benadering van de 4 begeleidingsdomeinen van het CLB-decreet toe. We opteren om op een gelijkwaardige manier aandacht te besteden aan de gezondheidsbeïnvloedende factoren zoals voorgesteld bij het conceptueel kader dat de Vlaamse Gezondheidsraad hanteert in het Jaarverslag van 1999. Dit denkkader werd geënt op het model van Lalonde, beschreven in figuur 1.

Volgens Lalonde is het gezondheidsniveau van de bevolking niet enkel afhankelijk van de omvang en de structuur van het gezondheidszorgsysteem, maar ook van de biologische en genetische factoren, leefstijl en factoren in de sociale en fysische omgeving.



**Figuur 1: Model van Lalonde**

*Vooreerst* wordt gezondheid bepaald door het genetisch potentieel dat bij de conceptie wordt doorgegeven. Deze **biologische** factoren komen aan bod tijdens de medische consulten.

Binnen dit kader kunnen we ook het vaccinatiebeleid plaatsen.

Een *tweede* cluster van factoren die invloed uitoefenen op gezondheid is te detecteren in de **leefomgeving**. Men heeft het hier over:

- de economische omgeving zoals de werkomgeving, inkomen en huisvesting
- de maatschappelijk-culturele omgeving wat zijn weerslag heeft op de sociale (on)gelijkheid
- de politiek-juridische omgeving bepaald door regels en wetgeving
- de ecologische omgeving.

Voor de CLB's betekent dit dat men voornamelijk aandacht heeft voor de onderwijscontext, het gezin en de sociale omgeving.

Een *derde* factor waarvan de impact steeds duidelijker wordt is de **leefstijl** van de betrokkene.

Hiermee wordt het gedrag van de leerling bedoeld. Determinanten van gedrag zijn:

- cognitieve en affectieve variabelen zoals kennis, attitudes, waarden, intenties en motieven
- persoonlijkheidsgebonden variabelen zoals sociale vaardigheden, eigeneffectiviteit en coping-stijl
- variabelen in de sociale omgeving zoals het gedrag van significante anderen, sociaal-normatieve ideeën en sociale relaties<sup>3</sup>.

Gezondheidsvoorlichting en -bevordering tracht leerlingen bewust te leren omgaan met gezond gedrag.

Tevens bestaat er ook een relatie tussen gezondheid en de wijze waarop de gezondheidszorg<sup>4</sup> is **georganiseerd**. Hier bedoelt men voornamelijk de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de gezondheidszorg. Dat de Centra voor Leerlingenbegeleiding een brugfunctie vervullen binnen een aanwijsbaar netwerk met derden verhoogt de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de jeugdgezondheidszorg.

---

<sup>3</sup> Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Projecten voor gezondheidspromotie. Een handleiding, Brussel, 1995

<sup>4</sup> Hieronder verstaan wij de organisatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Door ervoor te pleiten om rond deze factoren interventies op te zetten met als doel de gezondheid te bevorderen, legde Lalonde de basis voor een gezondheidsbeleid waarin multidisciplinaire en intersectoriële samenwerking een belangrijker rol spelen dan voorheen.

Theoretische concepten zoals het model van Fishbein & Azjen's reasoned action en ASE-model geven een duidelijker inzicht in de onderlinge relaties tussen de verschillende determinanten. Die modellen worden gehanteerd om een verklaring te geven voor de intentie tot (gezondheids)-gedrag. Zij maken duidelijk dat gezondheid een holistisch begrip is en multidisciplinair dient aangepakt te worden.

Omdat we de begeleiding van leerlingen allesomvattend willen aanpakken, is het nodig dat de verschillende disciplines, elk met hun eigen deskundigheid, hun bijdrage leveren tot het vormen van een volledig beeld van de vraagstelling.

De personeelssamenstelling binnen de CLB's biedt deze mogelijkheid want ze laat toe dat de verschillende disciplines complementair samenwerken. Zulke multidisciplinaire aanpak vereist een attitude van openheid en evenwaardigheid tegenover elkaar en ten opzichte van de verschillende CLB-domeinen.

Wanneer een gezondheidsvraag wordt gesteld aan een CLB-personeelslid, dan wordt die vraag multidisciplinair benaderd. Dit houdt niet in dat andere disciplines hierbij onmiddellijk betrokken worden, maar dat degene die met het probleem geconfronteerd wordt rekening houdt met alle beïnvloedende factoren en de consequenties op het fysisch, psychisch, pedagogisch en sociaal functioneren. Afhankelijk van de situatie wordt er overleg gepleegd met andere disciplines.

### 3 Het domein ‘preventieve jeugdgezondheidszorg’ binnen de CLB-opdracht

Wanneer we aandacht besteden aan de jongere in het kader van preventieve gezondheidszorg, heeft dit op indirecte wijze ook invloed op de vier te onderscheiden CLB-domeinen: leren en studeren, de onderwijsloopbaan, het psychisch en sociaal functioneren en de preventieve jeugdgezondheidszorg.

Teruggrijpend naar de determinanten van gezondheid kunnen we stellen dat er ook vier toegangswegen zijn om hieraan te werken, namelijk de biologisch/genetische factoren, de leefstijl, de leefomgeving van de jongere en de toegang en bereikbaarheid van de jeugdgezondheidszorgorganisaties. Hierbij kan men niet ontkennen dat wanneer men deze determinanten positief benadert er ook een positief effect kan zijn op de andere CLB-domeinen. Schematisch wordt dit weergegeven in figuur 2.

4 Beïnvloedende CLB Domeinen	Biologische / genetische factoren	Leefstijl	Leefomgeving	Organisatie jeugdgezondheidszorg
Leren/ studeren				
Onderwijsloopbaan				
Preventieve jeugdgezondheidszorg - primaire - secundaire - tertiaire				
Psychisch en sociaal functioneren				

Figuur 2: model geïntegreerde CLB-aanpak gezondheid

*Wat kan dit concreet betekenen?*

- Het gewicht, een somatisch gegeven van leerlingen, wordt regelmatig gecontroleerd. Het opvolgen van het gewicht is belangrijk bij het voorkomen van zwaarlijvigheid. Op lange termijn kan zwaarlijvigheid namelijk aanleiding geven tot hart- en vaatziekten, hypertensie, diabetes, ...  
Op school zijn ‘dikke’ kinderen dikwijls onderwerp van pesterijen wat zijn weerslag heeft op het sociaal en psychisch functioneren van de jongere. Kinderen die gepest worden zijn vlugger schoolmoe, wat een negatieve invloed heeft op het studiegedrag van de leerling.
- Op veel scholen geeft men voorlichting over gezonde voeding. Men tracht leerlingen te motiveren voldoende fruit en groenten te eten. Op deze manier tracht men iets te doen aan de leefstijl van veel jongeren. Het langetermijneffect van dit gedrag is onder andere dat men de mortaliteit tengevolge van kanker tracht te reduceren. Het kortetermijneffect van gezond eten is dat men zich goed voelt in zijn vel. Men voorkomt zwaarlijvigheid, men heeft voldoende energie, ...  
Kortom, er is een positief verband tussen gezond eten en het psychisch/sociaal functioneren wat op zijn beurt een positief effect heeft op het leren en studeren en de onderwijsloopbaan van de leerling.
- Als CLB-personeelslid kan men aandacht besteden aan gezonde maaltijden op school. Op deze manier tracht men op structurele wijze iets te veranderen aan de leefomgeving zodat het voor de leerling gemakkelijker is te kiezen voor gezonde voeding. Ook deze tussenkomst heeft een positieve weerslag op de andere begeleidingsdomeinen.
- Wanneer een leerling vraagt waar hij terecht kan voor doeltreffende hulp bij een problematische obesitas, dan wordt verwacht dat het CLB beschikt over adressen en andere specificaties van diensten die daar rond werken.  
Van zulke doorverwijzing kan men stellen dat dit ook een positief effect heeft op het psychisch en sociaal functioneren, op het leren en studeren en op de onderwijsloopbaan.

Het model ‘geïntegreerde CLB-aanpak’ (figuur 2) kan gebruikt worden als kader voor inventarisatie van waar men het meest mee bezig is.

## 4 Standpunten met betrekking tot kwaliteitsvolle preventieve jeugdgezondheidszorg

Deze paragraaf beschrijft wat de CLB's van het Gemeenschapsonderwijs verwachten van het beleid bij het realiseren van hun opdracht. De uitvoering van de werkzaamheden speelt zich af op de ontmoetingslijn onderwijs en gezondheid in de plaatselijke CLB's, door individuele professionelen in teamverband. We formuleren standpunten op de verschillende niveaus die het mogelijk maken efficiënt te werken.

### 4.1 Beleid

#### 4.1.1 Een wetenschappelijk onderbouwd beleid

- Kwaliteit impliceert dat men over gegevens beschikt die weergeven waar men mee bezig is, waar men trends kan uit afleiden, waar doelstellingen kunnen op geënt worden. Deze gegevens verkrijgt men door de monitoring van de gezondheidsstatus, van de gedragsdeterminanten en door het opvolgen van de resultaten van acties. Het is de taak van de overheid om een coherent systeem van *gezondheidsindicatoren*, met betrekking tot de gezondheid en het gezondheidsgedrag van leerlingen, te ontwikkelen in overleg met onze sector. De resultaten worden ter beschikking gesteld als hulpmiddel om te komen tot een 'gezond' preventief jeugdgezondheidsbeleid.
  
- Het beleid wenst in de toekomst meer inspanningen te leveren om te kunnen beschikken over *epidemiologische gegevens* en over *gezondheidsindicatoren*. We wensen hier enkel aan mee te werken op voorwaarde dat:
  - De gegevens gebruikt worden bij het beleidsvoorbereidend werk en er terugkoppeling is naar het CLB.
  - Het gaat om gegevens die passen binnen een ruimere visie van preventieve jeugdgezondheidszorg.
  - Ze ook nut hebben voor de interne CLB-werking.
  - De tijdsinvestering in relatie is tot de relevante informatie.
  - Het niet als controle-instrument gebruikt wordt.
  - Discretie en anonimiteit gewaarborgd is zodat er geen stigmatiserende effecten optreden ten aanzien van onze leerlingen, scholen.

- Gezondheid bekijken we vanuit *holistisch perspectief*. Daarom verwachten we dat de Vlaamse overheid de gezondheidsdoelstellingen ruimer formuleert dan tot nu toe het geval is. Er moeten ook *indicatoren* voorzien worden voor de *psychische* en *sociale* gezondheid.
- We verwachten van het beleid dat ze bij het aanvaarden van onderzoeksprojecten rekening houden met gezondheid in de ruime betekenis. We willen overleg over het doel, opzet en de wijze waarop de studie zal verlopen en wat onze inbreng daarbij is.  
De doorstroom van informatie, betreffende resultaten van wetenschappelijk onderzoek dient op een gestructureerde wijze te verlopen tussen de onderzoeksgroepen, het beleid en de plaatselijke CLB's. Dit dient te gebeuren met aandacht voor de *bruikbaarheid* en *relevantie* van de resultaten.

#### 4.1.2 Een uitvoerbaar beleid

- Bij de opdrachtbepaling wordt vastgelegd wat minimaal dient uitgevoerd te worden in het kader van preventieve gezondheidszorg. Wij verwachten dan ook dat de overheid ons de *middelen* verleent en de omstandigheden creëert waarbij we aan kwaliteitsvolle dienstverlening kunnen doen:
  - Materiële middelen: de omstandigheden om onderzoeken op school te laten doorgaan moeten aan de minimale vereisten voldoen om de privacy van de leerling te vrijwaren en om de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te garanderen. Tevens moeten we over de middelen beschikken zodat we elektronische gegevens kunnen ontvangen, verzamelen, interpreteren en doorgeven. Bijscholing hieromtrent is dringend noodzakelijk.
  - Personeel  
Er moet voldoende personeel voorzien worden om alle opdrachten uit te voeren. Indien daar niet aan voldaan wordt zien we ons genoodzaakt om prioriteiten te stellen.  
CLB-personeelsleden die zich bezighouden met preventieve gezondheidszorg zijn verplicht op de hoogte te blijven van de laatste wetenschappelijke inzichten en methodieken op dit terrein. Preventieve jeugdgezondheidszorg vereist CLB-personeelsleden die inzicht hebben op de gezondheidstoestand van hun doelgroep en passende tussenkomsten kunnen doen op individueel en structureel niveau.

- Organisatorisch: Een goede werking vereist intern overleg én overleg met de school (leerlingen, personeel), met ouders en externe diensten. Door de hoge taakbelasting komt dit nog al eens in het gedrang.

#### 4.1.3 Een consequent beleid

Het heeft weinig zin dat de school en het CLB aandacht besteden aan gezondheidsbevordering als andere instanties tegenstrijdige signalen geven. Hiervoor is duidelijk *overleg* nodig tussen de betrokken departementen (o.a. onderwijs, volksgezondheid, milieu) en de industrie (o.a. farmaceutische, voedings- en tabaksindustrie).

#### 4.1.4 Een duidelijk afgebakend beleid

Duidelijke afspraken zijn nodig tussen arbeidsgeneeskundige dienst van de school en het CLB met betrekking tot: veiligheid en hygiëne op de school, profylactische maatregelen, toezicht op de gezondheids- en vaccinatiestatus van leerlingen die stage vervullen zoals voor de opleiding Bijzonder Jeugdzorg, Kinderverzorging, ...

### 4.2 Omgeving

- Onder ‘omgeving’ verstaan we enerzijds de fysische en anderzijds de sociale omgeving. Scholen spelen een sleutelrol in gezondheidsbevordering. Daartoe stellen ze doelen voorop die betrekking hebben op de schoolomgeving. In het kader van de fysische omgeving dienen ze bijvoorbeeld aandacht te hebben voor de veiligheid op de speelplaats. In functie van de sociale omgeving ondersteunt het CLB de school in het bevorderen van de goede relaties tussen leerlingen, leerkrachten, schoolleiding, ouders en de gemeenschap als geheel. Om het subsidiariteitsprincipe waar te maken is afstemming tussen school en CLB nodig zodat duidelijk is wie wat doet.
- De *Logo's* doen beroep op het CLB voor de realisatie van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen voor zover die betrekking hebben op de doelgroep van het CLB. Het betreft volgende doelstellingen:
  - Daling met 10% van het aantal rokers, zowel bij mannen als bij vrouwen en specifiek bij jongeren.
  - Significante daling van de consumptie van vetrijke voeding ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding.

- Afname met 20% van het aantal dodelijke ongevallen in privé-sfeer en verkeer.
- Significante verbetering van de preventie van infectieziekten door verhoogde vaccinatiegraad voor polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella.

We pleiten ervoor dat de Logo vooraf overleg pleegt met het CLB zodat:

- De CLB-personeelsleden bij het denkproces betrokken zijn.
- De scholen hun houding tegenover het voorgestelde project kunnen bepalen.
- De school en het CLB hun actieve betrokkenheid kunnen concretiseren in duidelijke afspraken.
- De vereiste tijdsinvestering duidelijk wordt.

We pleiten in onze samenwerking met de Logo's voor een doeltreffende aanpak via inbreng van alle disciplines.

#### 4.3 Persoon

- Bij indiensttreding onderschrijft elk CLB-personeelslid van het Gemeenschapsonderwijs de neutraliteitsverklaring, de gehechtheid aan het Gemeenschapsonderwijs en het Pedagogisch Project van het Gemeenschapsonderwijs. Tijdens de uitvoering van het ambt dient men niet alleen rekening te houden met waarden vermeld in deze documenten maar ook met de inhoud van de beleidsvisie en de deontologische code van het centrum. Deze *visie* en *waarden* worden door het CLB-personeelslid mee gedragen.
- Visie, waarden en normen zijn begrippen die dynamisch zijn, gebonden aan maatschappelijke en culturele invloeden. Ze vragen dan ook een continue toetsing en aanpassing aan het individu, de tijd en de maatschappij zelf. Het is aan het CLB-personeelslid om hier actief mee om te gaan.
- De CLB-er die betrokken is bij preventieve gezondheidszorg dient de nodige *competenties* te verhogen door zich te informeren over:
  - de evoluties op psychologisch, medisch en sociaal vlak binnen de context van leerlingenbegeleiding en gezondheidsbevordering
  - maatschappelijke trends.

- Een holistische benadering van leerlingenbegeleiding houdt een *multidisciplinair denken* en *handelen* in met betrokkenheid van alle disciplines. Hierbij mag de eigenheid van het beroep van paramedisch werker en arts niet verloren gaan.
  
- Voor de CLB's van het Gemeenschapsonderwijs is het nieuw dat de *artsen* in vast dienstverband functioneren. Hun *integratie* in de teamwerking van het CLB vergt inspanningen van alle de CLB-personeelsleden en de nodige tijd.

## 5 Zorgpunten

### 5.1 Beleid

#### 5.1.1 Een wetenschappelijk onderbouwd beleid

- Dit beleid heeft nood aan wetenschappelijk onderzoek op het terrein van jeugdgezondheidszorg. Momenteel worden we overstelpt met vragen tot medewerking aan onderzoeksprojecten die zinvolle doelstellingen vooropstellen. Bij de overweging tot actieve deelname worden we geconfronteerd met het volgend *dilemma*: laten we het algemeen belang doorwegen ten koste van het verplichte aanbod of vragen we daarvoor de nodige compensaties (personeel en middelen). Voorafgaandelijk overleg kan hier duidelijkheid in brengen.
  
- De *Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen* zoals ze tot nu toe geformuleerd zijn, hebben ernstige tekortkomingen:
  - Ze zijn niet concreet genoeg.
  - De doelgroep is niet duidelijk afgebakend.
  - Baselinegegevens (nulmeting) ontbreken.
  - Betreffende gezonde voeding is niet duidelijk hoe de indicator eruit ziet.
  - Ze bevatten geen indicatoren die verwijzen naar het psychisch en sociaal welbevinden.
  - De tijdlimiet (2002) is te kort om reeds effecten te kunnen meten behalve voor wat betreft de vaccinatiegraad.
  
- Aansluitend bij de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen bepaalt het CLB-decreet dat er een evaluatie dient te gebeuren van de leef- en eetgewoonten bij leerlingen van het 5<sup>de</sup> leerjaar, het 1<sup>ste</sup> en 3<sup>de</sup> secundair onderwijs. Het CLB-decreet blijft hierover zeer vaag. Dient dit te gebeuren via een persoonlijk onderhoud door de paramedisch werker of de arts? Of dient hiervoor een vragenlijst opgesteld te worden die door de ouders of de leerling wordt ingevuld.

De laatste optie heeft onze voorkeur. Wanneer leerlingen weten dat de antwoorden in vertrouwen gegeven zijn, verkrijgt men de meest persoonlijke gegevens. Wat niet in het decreet voorzien is, maar wat uiteindelijk wel essentieel is binnen onze opdracht is het

volgende: wat gaan we met deze gegevens doen? Uiteraard zullen deze met de leerling besproken worden. Het zou echter spijtig zijn mocht het hier bij blijven. Gegevens op groepsniveau (klas of school) kunnen heel wat aanduidingen geven over noden en mogelijkheden. Dit is pas ondersteunende informatie.

- Bij het *bepalen* van de *leerjaren* waarin een verplicht consult moet gebeuren werd geen rekening gehouden met het op elkaar afstemmen van de 4 werkingsdomeinen.
  - In functie van de *overgang* naar het *eerste leerjaar* geven de CLB's van het Gemeenschapsonderwijs de voorkeur aan een algemeen consult in de derde in plaats van in de tweede kleuterklas.
  - De leerlingen van de *derde graad secundair* onderwijs worden in het CLB-decreet niet meer voorzien bij de algemene of gerichte consulten. Dit betekent een teloorgang van het individueel contact met die leerlingen. Nochtans was dit voor veel adolescenten een kans om prangende vragen met betrekking tot hun eigen gezondheid te bespreken zoals bijvoorbeeld vragen over anticonceptie, bekommernissen over voeding en voedingsgewoonten, aandacht voor de menstruele cyclus bij meisjes en de genitaliën bij jongens. Deze individuele, doelgerichte gezondheidsvoorlichting op vraag van de leerling heeft een veel grotere impact op het welbevinden en het gedrag dan de klassikale activiteiten.
  - Bij gerichte consulten die gebeuren zonder aanwezigheid van de CLB-arts blijft de arts verantwoordelijk voor de *besluitvorming*. Het blijft de vraag welke verantwoordelijkheid de arts kan dragen voor activiteiten die hij niet zelf uitvoert.

### **5.1.2 Een uitvoerbaar beleid**

- Het CLB-decreet bepaalt dat het centrum initiatieven neemt om de gezondheid, groei en ontwikkeling van de leerlingen te bevorderen, te bewaken en te behouden. We merken dat de wetgever maximaal aandacht besteedt aan het (vooral) bewaken en behouden van gezondheid en minimaal aan het bevorderen ervan. Nochtans is de aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie uiterst belangrijk, doch dit vergt heel wat inzet van alle betrokkenen, wat momenteel in de realiteit niet haalbaar is.
- Het Besluit van de Vlaamse Regering tot bepaling van sommige opdrachten van de CLB's benadert preventieve gezondheidszorg vanuit een *eng somatische invalshoek*, dit in tegenstelling tot de geest van het CLB-decreet. Het verplicht aanbod heeft zijn weerslag

op de taakhoud van de arts en de paramedisch werker. Na uitvoering hiervan blijkt dat er geen tijd overblijft om te investeren in gezondheidsbevorderende acties in functie van de doelgroep.

De verplichte begeleiding staat haaks op het doelgroepenbeleid. Artikel 24 van het CLB-decreet vermeldt: 'Het centrum begeleidt prioritair en intensief die leerlingen die in hun ontwikkeling en leerproces bedreigd worden. Het centrum besteedt daarbij bijzondere aandacht aan die leerlingen die door hun sociale achtergrond en leefsituatie leerbedreigd zijn'. De personeelstoewijzing is gebeurd op basis van het gewogen leerlingenaantal en er zijn extra omkaderingsgewichten toegekend aan SIF<sup>5</sup>-gemeenten. Na goedkeuring van Onderwijsdecreet XIV zal dit gebeuren zoals bepaald door het decreet betreffende gelijke Onderwijskansen. Momenteel is het werkterrein van de artsen en paramedisch werkers verdeeld op basis van de werkelijke schoolpopulatie en niet op basis van het gewogen leerlingenaantal, uitgezonderd in het Buitengewoon Onderwijs. Dit laat weinig ruimte om aandacht te besteden aan het doelgroepenbeleid zoals bedoeld in het CLB-decreet.

- Preventieve gezondheidszorg moet multidisciplinair aangepakt worden. Daarom is de betrokkenheid van de arts essentieel. Het aantal verplichte consulten en de samenwerking met te veel teams die erg verspreid zitten *bemoeilijken* dit *overleg*. Waar teamvergaderingen op regelmatige tijdstippen gepland zijn, lukt het de arts bijna nooit om aanwezig te zijn.
- In het Besluit van de Vlaamse Regering tot bepaling van sommige opdrachten van de Centra voor Leerlingenbegeleiding wordt gepleit om de *gerichte consulten* in de *school* uit te voeren. De omstandigheden waarbinnen dit moet gebeuren zijn *niet* altijd *optimaal*. Dit brengt een kwaliteitsvolle uitvoering van onze opdracht in het gedrang. Men gaat ervan uit dat een gericht consult minder tijd in beslag neemt dan een algemeen consult omdat er minder technische prestaties uitgevoerd worden. De praktijk bewijst echter het tegendeel. Doordat de gerichte consulten zo veel mogelijk op de school doorgaan, moet er heel wat tijd gependend worden aan het verplaatsen en opstellen van materiaal, aan het ophalen van kleine groepen van leerlingen uit de klas en het oponthoud tijdens de speeltijden, enzovoorts...

- Het lijkt niet zinvol om op dit ogenblik zorgpunten op het vlak van *informatisering* te formuleren aangezien het NICO-project in volle ontwikkeling is.

### 5.1.3 Een consequent beleid

- Efficiënte gezondheidsbevordering speelt zich af op individueel niveau en op structureel niveau. We merken op dat er op *structureel* niveau heel wat inconsequenties waar te nemen zijn. Denken we bijvoorbeeld aan de school die tracht haar leerlingen te motiveren op een zinvolle wijze om te gaan met medicatie, waar zij dagelijks geconfronteerd worden door reclamespotjes op televisie waarbij geneesmiddelen gepromoot worden. Deze tegenstrijdige boodschappen maken de keuzes niet gemakkelijk en komen geenszins aan de gezonde leefstijl van leerlingen tegemoet.
- Van alle CLB-personeelsleden wordt verwacht dat ze in staat zijn *multidisciplinair* te denken en te handelen. Deze attitudevorming en gedragsontwikkeling vergen de nodige inspanningen niet alleen van de persoon in kwestie maar ook van het beleid. De *context* (middelen, tijd, structuren, bijscholingsmogelijkheden, ...) dient zodanig *gecreëerd* te worden zodat multidisciplinariteit een evidentie wordt.

---

<sup>5</sup> SIF = Sociaal ImpulsFonds

## 5.2 Omgeving

- Het CLB-decreet bepaalt dat het *CLB subsidiair* werkt ten aanzien van de school en de ouders voor wat betreft opvoeding en gezondheid van de leerlingen. Daar waar de vroegere PMS-medewerkers instonden voor gezondheidsvoorlichting &-bevordering op school wordt de taak nu toebedeeld aan het schoolpersoneel. Binnen onderwijs is er op vlak van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding enkel een regelgeving met betrekking tot de vakoverschrijdende eindtermen voor de eerste graad van het secundair onderwijs en de ontwikkelingsdoelen voor het basisonderwijs.

Van de CLB-personeelsleden wordt verwacht dat ze de school hierbij ondersteunen. Aan de school en de CLB's wordt een nieuwe taak toegewezen waarvoor *verdere professionalisering* noodzakelijk is. Hiervoor is het nodig dat de verschillende ondersteunende instanties van de scholen en de CLB's samenwerken.

- De Logo's doen heel wat beroep op de CLB-personeelsleden – in casu de paramedisch werker en de arts. Er moet gewaakt worden over de efficiëntie en de haalbaarheid van de *verwachtingen* die leven bij de school en de Logo's. Regionaal kunnen heel wat verschillen optreden afhankelijk van de strategie waarmee de Logo de gezondheidsdoelstellingen tracht te realiseren.

- Het CLB-decreet schrijft voor dat moet worden samengewerkt met een aanwijsbaar *netwerk*; niet enkel in functie van doorverwijzing maar ook voor preventieve en pro-actieve acties. Elk CLB heeft een eigen informeel netwerk. In de toekomst zal deze samenwerking geformaliseerd worden op het niveau van het CLB door convenants af te sluiten met andere diensten. Dit wordt belemmerd door overbevraging van sommige diensten met als gevolg: lange wachttijden en het moeilijk vinden van opvang in crisissituaties.

In dit kader past het project *Integrale Jeugdhulpverlening* dat een aanzet is tot afstemming tussen onderwijs en andere sectoren met name: Kind en Gezin, Vlaams Fonds voor Sociale integratie voor Personen met een Handicap, Centrum Algemeen Welzijnswerk, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg en Centrum Bijzondere Jeugdzorg.

### 5.3 Persoon

- De opdracht van de arts zoals die momenteel bepaald is blijkt onuitvoerbaar te zijn wegens taakbelasting. Er moet dringend werk gemaakt worden van een realistische functiebeschrijving voor de CLB-arts met aandacht voor een geïntegreerde teamwerking. Momenteel is de arts vooral bezig met consulten en vaccinaties. Er worden nog andere activiteiten van hen verwacht zoals teamwerking, tussenkomsten bij leerplichtcontrole, samenwerking met Logo's, betrokkenheid bij Integrale Jeugdhulpverlening, 'anderstalige nieuwkomers', advies in verband met veiligheid en hygiëne, gezondheidsvoorlichting en nascholing, ... doch dit verloopt momenteel op een weinig gestructureerde manier.
- In de vroegere PMS-werking van het Gemeenschapsonderwijs had de paramedisch werker de mogelijkheid om aan *individuele begeleiding* te doen of om *gezondheidsvoorlichting* te geven. Het *decreet* heeft dit sterk *beperkt*. De uitvoering van het verplicht aanbod en de daaruit voortvloeiende administratie leidt ertoe dat paramedisch werkers hun werk heel routinematig ervaren en beperkt de mogelijkheid tot multidisciplinair werken. Het kan niet ontkend worden dat dit zeer frustrerend werkt en een negatieve invloed heeft op de *jobsatisfactie*.
- Door de nieuwe accenten van het CLB-decreet moet er enerzijds meer *geïnvesteed* worden in het *organiseren* van het werk en anderzijds moet onze *deskundigheid* verhoogd worden voor een aantal deelaspecten zoals bijvoorbeeld het *geïnformatiseerd* werken, het *schoolondersteunend functioneren*.
- Een *multidisciplinaire attitude* faciliteert de integratie van de verschillende disciplines en is voor ons dus een blijvende *bekommernis*.

## 6 Synthese

Preventieve gezondheidszorg is één van de vier werkingsdomeinen van het CLB-decreet en maakt deel uit de globale leerlingenbegeleiding. ‘Gezond zijn’ is het fysisch, psychisch en sociaal welzijn van een individu, van een groep of van een gemeenschap. Het erkennen van deze definiëring heeft een aantal consequenties voor de CLB’s van het Gemeenschapsonderwijs.

- Gezondheid wordt verklaard op basis van vier beïnvloedende factoren namelijk de biologisch & genetische factoren, de leefstijl, de leefomgeving en de organisatie van de gezondheidszorg. De *relatie* tussen *gezondheid* en de *onderwijsloopbaan* is ontegensprekelijk en wederzijds. Gezonde kinderen hebben meer kans op een vloeiende schoolloopbaan en anderzijds is er een verband vast te stellen tussen het behaalde onderwijsniveau en de toekomstige gezondheid van het individu. In dit kader is het nodig de factoren die een negatieve invloed hebben op de schoolloopbaan te beperken. Hieruit kunnen we besluiten dat we gezondheid op een holistische manier moeten benaderen en dat gezondheidsbevordering een essentieel onderdeel van de CLB-opdracht moet uitmaken.

De samenstelling van de personeelsformatie maakt het mogelijk dat onze tussenkomsten vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden. Het stimuleert het multidisciplinair denken en handelen. De mogelijkheid moet voorzien worden dat de leden van een team tenminste de kans krijgen mekaar op een bepaald moment te ontmoeten zodanig dat een vlot *overleg* mogelijk is.

- *Preventief denken en handelen* beoogt effecten op korte en op lange termijn. Het is dus een *strategische keuze* om te werken met kinderen en jongeren omdat men moet starten op het ogenblik dat er zich nog geen problemen voordoen zodat de gezondheid van jongeren in de toekomst gevrijwaard wordt én gezondheidsproblemen voorkomen worden. Het doel is om de jongere zo optimaal mogelijk te laten functioneren op individueel en maatschappelijke niveau. De CLB’s zijn goed geplaatst om alle jongeren via de school te bereiken. Zij bieden een verplicht basispakket inzake jeugdgezondheidszorg aan dat een non-discriminatiebeleid garandeert. De *toegang* tot deze gezondheidszorg is voor iedereen gelijk en gratis.

Binnen preventieve gezondheidszorg dient men bijzondere aandacht te besteden aan de *prioritaire doelgroepen* zoals bepaald in het decreet. In de tekst werd reeds aangehaald dat de hiervoor beschikbare *tijd ontoereikend* is.

- In Vlaanderen nemen we een tendens waar die neigt naar meer input voor gezondheidsbevordering, naast de ziektepreventie. Het CLB-decreet bevestigt deze trend, doch de *structurele operationalisering* ervan laat veel te wensen over. Er moet meer mogelijkheid geboden worden om zich bij te scholen, om de eigen deskundigheid te behouden en/of te verbeteren.

Gezondheidsbevordering is een strategie die veel overleg vraagt met heel wat instanties en tussen de verschillende disciplines onderling, met andere woorden die heel arbeids- en tijdsintensief is. Daarbij komt nog dat men heel doelgroepspecifiek dient te werken en dat vooraf geconcipieerde vormingspakketten dienen gecheckt te worden op hun geschiktheid voor de uiteindelijke doelgroep.

De individuele leerling wordt benaderd binnen gezondheidsvoorlichting en –opvoeding met het uiteindelijke doel dat hij de intentie zou hebben om te kiezen voor gezond gedrag in plaats van voor ongezond gedrag. Dat dit niet lukt door hem op de hoogte te brengen van wat gezond en ongezond is, heeft iedereen ondertussen wel door. Dit vraagt ook een omschakeling bij het schoolpersoneel want kennisoverdracht is traditiegetrouw een schoolse activiteit. Nochtans heeft *gezondheidsvoorlichting en –opvoeding pas effect wanneer men vooral aandacht besteedt aan de attitudes* van leerlingen tegenover een bepaald gedrag, aan het *inoefenen van vaardigheden*. Hierbij dient men ook oog te hebben voor de *sociale invloed* op leerlingen, het schoolbeleid en de contextuele, structurele maatregelen.

Wanneer men het CLB-decreet leest, valt op dat men meer aandacht wenst te besteden aan *gezondheidsbevordering*. Bij de uitvoeringsbesluiten die het decreet operationaliseren merkt men op dat de taakinhoud van de arts en paramedisch werker op somatische elementen toegespitst wordt en dat de andere disciplines er meestal niet bij betrokken worden. De vraag blijft in welke mate de arts en de paramedisch werker nog tijd en energie zullen hebben om te besteden aan tussenkomsten die de leerling leren verantwoordelijkheid te dragen voor de eigen gezondheid. Hiervoor is het nodig te werken aan het zelfvertrouwen, de eigenwaarde en de eigeneffectiviteit van de leerling.

Dit zijn factoren die kunnen versterkt worden wanneer hier op een multidisciplinaire wijze aandacht aan besteed wordt.

- We verwachten van het beleid (op verschillende niveaus) dat ze ondersteuning bieden bij het *ontwikkelen van leefstijlvariabelen* die als indicator kunnen fungeren voor een kwaliteitsvol schoolgezondheidsbeleid en voor het evalueren van het individueel gezondheidsgedrag van de leerling.

Het uitvoeren van de consulten gebeurt om de gezondheid van onze leerlingen te bewaken én voor het verzamelen van epidemiologische gegevens die nuttig zijn voor het volksgezondheidsbeleid. Doch het blijft ons prioritair doel leerlingen te begeleiden. Dus het verzamelen van epidemiologische gegevens kan voor ons wanneer de gegevens relevant zijn en wanneer het op een eenvoudige wijze kan uitgevoerd worden.

Gezondheidsbevordering zonder aan *registratie* te doen betreffende deze materie heeft weinig zin. Hoe kan men immers te weten komen of de uitgevoerde actie op termijn enig nut heeft gehad.

- Momenteel weegt het administratie werk van artsen en paramedisch werkers zeer zwaar door. *Elektronische verwerking* van gegevens biedt hiervoor een oplossing. Voorwaarde is wel dat de implementatie van het geïnformatiseerd werken afgestemd is op de huidige werkorganisatie. Het NICO-project biedt de mogelijkheid om onze gegevens te verwerken. In de nabije toekomst zal het elektronisch dossier geïntroduceerd worden. Dit houdt in dat alle centra moeten voorzien zijn van de nodige infrastructuur en dat de opleiding van het personeel opgenomen wordt in het nascholingsbeleid.

- Een *realistische verhouding tussen opdracht en middelen* dient nader bekeken te worden. De opdracht zoals ze voorzien is in het decreet vraagt een onverantwoorde taakbelasting van de personeelsleden. In de toekomst dient men, bij het bepalen van de omkaderingsgewichten voor paramedisch werkers en artsen, rekening te houden met het doelgroepenbeleid. Het stellen van prioriteiten, in functie van het beschikbare budget, is een must.

Momenteel weegt het verplicht aanbod zwaar door op de tijdsinvestering van artsen en paramedisch werkers zodat er weinig of geen tijd rest voor vraaggestuurde begeleiding en voor het verzekerd aanbod.

- Uit persoonlijke contacten blijkt dat onze partners heel onduidelijke verwachtingen hebben rond de nieuwe opdracht van het CLB.

Dringend dient werk gemaakt te worden van de CLB-profilering, de positionering van het CLB tegenover de school en andere hulpverleningsdiensten. De *communicatie* hierover dient strategisch te worden aangepakt.

- Voor *alle personeelsleden* lijkt het nuttig dat vorming voorzien wordt waarbij de CLB-specifieke kennis en vaardigheden bijgebracht worden.

## I. Verklarende woordenlijst, zoals geïnterpreteerd in de tekst

- *Attitude*: houding tegenover een bepaald gedrag; afwegen van voor- en nadelen op basis van rationele en emotionele factoren
- *Brugfunctie*: tussenschakel tussen vraag en antwoord waarbij we beroep doen op onze deskundigheid, onze informatiebronnen en ons netwerk om de cliënt zo efficiënt mogelijk te kunnen begeleiden
- *Coping-stijl*: de manier waarop het individu omgaat met een ervaren probleem
- *Determinant*: beïnvloedende, bepalende factor
- *Eigeneffectiviteit* = zelfeffectiviteit: mening die het individu heeft of hij zichzelf in staat acht een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren; of het hem zal lukken een bepaald gedrag te kunnen stellen
- *Gezondheidsbevordering*: het proces waardoor mensen in staat worden gesteld om meer controle te krijgen over hun gezondheid en deze te behouden en/of te verbeteren
- *Holistisch* : rekening houden met de totaliteit van de persoon (fysisch, psychisch en sociaal)
- *Multidisciplinair*: in denken en handelen rekening houden met de CLB-disciplines, met de vier CLB-domeinen zodat de leerling in zijn totaliteit kan benaderd worden
- *Preventief* : ter voorkoming van fysieke, sociale en psychische problemen
- *Primaire preventie*: elimineren van oorzaken van fysieke, sociale en psychische problemen
- *Pro-actief*: voorwaarden scheppend die het gewenste gedrag faciliteren
- *Secundaire preventie*: vroegtijdig opsporen van fysieke, sociale en psychische problemen
- *Significante anderen*: belangrijke anderen voor het individu. Dit kunnen ouders zijn, maar ook leerkrachten, popidolen of de peergroep.
- *Subsidiar*: aanvullend ten aanzien van ouders en school
- *Tertiaire preventie*: voorkomen van verdere invalidering bij mensen die getroffen zijn door een ziekte of handicap
- *Vraaggestuurd* : aanbod afgestemd niet enkel op geuite vragen maar ook op waargenomen signalen van de doelgroep
- *Welbevinden* : verwijst naar het ervaren van kwaliteitsvol leven, op individueel niveau
- *Welzijn* : verwijst naar het ervaren van kwaliteitsvol leven, op groepsniveau

Verskil tussen *gezondheidsbevordering* en *ziektepreventie* zoals geformuleerd door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

	<i>Ziektepreventie</i>	<i>Gezondheidsbevordering</i>
<i>Vertrekpunt</i>	Ziekte	Gezondheid
<i>Doelgroep</i>	Risicogroepen	Algemene populatie
<i>Oriëntatie</i>	Negatief	Positief
<i>Actoren</i>	Artsen	Diverse gezondheidsdisciplines

Verskil tussen *gezondheidsbevordering* en *gezondheidsvoorlichting en –opvoeding* zoals geformuleerd door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

	<i>GVO</i>	<i>Gezondheidsbevordering</i>
Aangrijpingspunten	Leefstijl en gedrag	Leefstijl, omgeving en gezondheidszorgsysteem
Methoden	Voorlichting en opvoeding	GVO + structurele opvoeding en beleidsmatige interventies
Wetenschappelijke benaderingen	Gedragswetenschappen	Gedragswetenschappen, basissociologie, economie, politieke wetenschappen
Doelen	Gedragsverandering (gezonde keuzen maken)	Structurele verandering (maken dat gezonde keuzen voor de hand liggen)
Actoren	Paramedici	Organisatiesdeskundigen en beleidsmensen

## II. Bronnen

- Azjen I. & Madden T.J., *Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control*. In: Journal of experimental Social Psychology, 22, 1986, pp. 453-474
- Bandura A., *Social foundations of thought and action*, New York, Printice-Hall, Englewood Cliffs, 1986
- Beck M., Louckx F. & Van den Broucke S., *Ontwikkeling van doelstellingen en indicatoren omtrent preventief gezondheidsgerelateerd gedrag: literatuurstudie en aanzet tot methodiekontwikkeling*, Eindrapport, Medische-Sociale Wetenschappen, VUB, 1998, p. 52
- Bogaert K. & De Maeseneer J., *Behoeftte aan gezondheidszorg bij de Vlaamse bevolking*, Rapport in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2000, p. 71
- Damoiseaux V., H.T. Van Der Molen & G.J. Kok, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*, Assen-Heerlen, Van Gorcum – Open Universiteit, 1993
- Decreten:
  - Decreet tot bekrachtiging van de eindtermen en de ontwikkelingsdoelen van de eerste graad van het gewoon secundair onderwijs van 24 juli 1996
- De Greef M., *Preventieve Jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering in Vlaanderen*, VIG, publicaties nr. 5, 1996, p.95
- Doyle Y. e.a., World Health Organisation, Regionaal Office for Europe, *Healthy Cities Indicators, Analysis of data from across Europe*, Webster P. & Price., Copenhagen, 1996, p. 84
- Fishbein M. & Azjen I., *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Massachusettes e.a., Addison-Wesley Publishing Company, 1975
- Kabinet van de Vlaamse Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, *Algemeen verslag over de Armoede – Evaluatie Gezondheid*, PVB-01/01-14336-WCA-0 van 29 maart 2001
- König-Zahn C., Furer J.W., Tax B., *Het meten van de gezondheidstoestand, Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid, Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten*, Van Gorcum, Assen, 1994, p.142
- Omzendbrieven :
  - Opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding in het kader van de preventieve gezondheidszorg, 17-03-2000
  - Profylactische maatregelen, 6-03-2001
  - Het multidisciplinair dossier in de centra voor leerlingenbegeleiding, 21-06-2001

- Registratie van een aantal gegevens door de centra voor leerlingenbegeleiding, 22-06-2001
- Oostveen A., J. Von Grumbkow & N.K. De Vries, *Attitudes: een inleiding*. In: Meertens R.W. & J. Von Grumbkow (Eds.), *Sociale Psychologie*, Groningen, Wolters-Noordhoff, Open Universiteit (tweede druk), 1992, pp.117 – 134
- Schaalma H., G. Kok, H. Brug & A. Mudde, *Gezondheid: gedrag en gedragsdeterminanten*, In: Sanderman R., C.M.H. Hosman & M. Mulder, (red.), *Het meten van determinanten van gezondheid: een overzicht van beschikbare meetinstrumenten*, Assen, Van Gorcum, 1995, pp. 304-331
- Turtle J. e.a., *Young People and health: the health behaviour of school-aged children, Summary of key findings*, Health Education Authority, London, 1997, p. 33
- Van den Broucke S., *Projecten voor gezondheids promotie. Een handleiding*. VIG, Brussel, 1995, p. 81
- Van Der Pligt & De Vries, *Opinies en attitudes. Metingen, modellen en theorie*, Amsterdam-Meppel, Boom, 1995
- Wetgeving:
  - Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding, 1-12-1998
  - Besluit van de Vlaamse regering tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding, 17-03-2000
  - Ministerieel besluit tot bepaling van het vaccinatieschema ten behoeve van de centra voor leerlingenbegeleiding, 15-03-2000
  - Besluit van de Vlaamse regering tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding, 28-08-2000
  - Ministerieel besluit tot bepaling van sommige gegevens die de centra voor leerlingenbegeleiding moeten registreren, 22-06-2001